

Particularités de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France

Les migrants payent un lourd tribut à l'infection par le VIH dans un contexte rendu parfois difficile par la barrière linguistique et souvent par de nombreux obstacles socio-économiques ou administratifs. À l'encontre des idées reçues, la prise en compte des différences culturelles par le soignant peut sceller une alliance thérapeutique très forte, renforcée par l'intervention de « médiateurs de santé ».

Olivier Bouchaud,*,** Kémal Chérabi **

Dans le contexte actuel de la prise de conscience de l'augmentation des nouvelles contaminations en France, consacrer un article à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu migrant en France constitue en soi un engagement significatif dont chacun peut mesurer le sens et la portée si l'on considère « l'oubli » dans lequel cette population a été laissée jusqu'à un passé récent.¹

Notre objectif est de clarifier le débat, tout d'abord en dressant un état des lieux sur la réalité de l'épidémie au sein du milieu migrant en France, en dépit du fait que, jusqu'à présent, peu de publicité, particulièrement médiatique, a été faite sur la réalité de l'épidémie dans ce milieu afin, notamment, d'éviter toute sorte de stigmatisation ou d'utilisation politique négative. Cette « précaution », initialement louable, a peut-être été payée cher en termes épidé-

miologiques du fait, par exemple, d'une franche timidité dans les messages de prévention ciblée vers les migrants. En 2006, les populations migrantes semblent notamment beaucoup plus réceptives à un « parler vrai » comme l'ont montré des enquêtes échelonnées dans le temps.²

Il s'agit également d'explorer les conséquences thérapeutiques, en revenant sur le mythe de la mauvaise observance, de mettre en exergue les réalités sociales et leurs implications en termes d'accès aux soins et, enfin, d'analyser les expériences nouvelles qui, dans le cadre des enjeux socioculturels, permettent aux publics concernés, grâce notamment à la démarche de médiation en santé, d'accéder à l'offre de soins et de prévention.

Mais en préalable, il est indispensable de clarifier la définition du « migrant ». Ce terme ne préjuge en rien des raisons profondes (améliorer ses conditions de vie et celles

* Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Avicenne, 93009 Bobigny Cedex ; ** Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, Fondation internationale Léon Mba, Faculté de médecine Xavier-Bichat, 75018 Paris. Courriel : olivier.bouchaud@avc.aphp.fr

CE QUI EST NOUVEAU

- Les difficultés socio-économiques influencent davantage le comportement thérapeutique que les différences culturelles.
- La prise en compte des spécificités culturelles peut être un allié thérapeutique puissant, que ce soit ou non dans le cadre de la médiation de santé.
- Il n'y a aucune preuve d'une moins bonne observance chez les migrants.

de sa famille, fuir la persécution, étudier, se soigner...) ou du type de migration (saisonnière ou durable, familiale ou non, demande d'asile). Les termes « immigré » (arrivée, établissement dans une société d'accueil) ou « émigré » (départ, abandon d'une société d'origine) illustrent le double point de vue de la migration et la persistance du lien entre le « ici » et le « là-bas », l'appellation de migrant semblant faire la synthèse des deux. Le Haut Conseil à l'intégration, puis l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ont adopté, notamment pour la référence statistique, le terme d'immigré qui se définit comme toute personne née étrangère à l'étranger et vivant en France.³ Pourtant, beaucoup d'enquêtes et de fichiers administratifs conservent la nationalité comme critère de classification. Dans certaines études, ce terme (rarement vraiment défini) renvoie aux primo-arrivants non naturalisés ou, à l'inverse et souvent de façon implicite, inclut les générations issues de l'immigration (n'ayant donc pas migré), ne prenant plus comme critère exclusif la nationalité en tant que telle, mais plutôt l'appartenance à un groupe, à une « communauté » étrangère ou d'origine étrangère, caractérisée par des traits culturels unifiants, voire une appartenance religieuse identique. Ainsi, si le terme de migrant a une signification empirique pour la plupart, on ne sait en pratique jamais très bien qui est pris en compte.

SITUATION DES MIGRANTS INFECTÉS
PAR LE VIH EN FRANCE

Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques⁴ les plus récentes reflètent clairement le risque accru d'infection par le VIH dans la population étrangère : 32 % des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH concernent cette population (qui ne représente que 6 à 8 % de la population générale), et le taux d'incidence cumulée du sida est multiplié par 3 pour la population étrangère par rapport à la population française (2,56 pour 1 000 habitants *vs* 0,82). Par nationalité, on observe que les taux sont plus élevés dans la population haïtienne (spécialement dans les départements d'outre-mer) avec une incidence de 31,18 pour 1 000 et dans la population d'Afrique sub-saharienne : 10,32 pour 1 000.

Dans 12 régions (Alsace, Centre, Champagne/Ardenne, Île-de-France, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Guadeloupe, Guyane, Nord/Pas-de-Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes) la proportion d'étrangers parmi les nouvelles personnes chez qui un sida est diagnostiqué est supérieure à 20 %, la Seine-Saint-Denis et Paris étant les départements où l'on enregistre le plus grand nombre de nouveaux cas de sida.^{4,5}

Les étrangers contribuent largement (57 %) à l'augmentation des cas résultant d'une transmission hétérosexuelle. Ils contribuent aussi à la féminisation de l'épidémie (en 2002, parmi les femmes de moins de 30 ans contaminées par rapport hétérosexuel, 75 % sont des femmes venant d'un pays d'Afrique sub-saharienne). Parmi les 1 301 nouveaux cas d'infection par le VIH déclarés en 2003, les femmes représentent 43 % et sont, pour la moitié d'entre elles, originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne.

On observe, parmi les personnes d'origine étrangère, comme parmi tous les patients contaminés par voie hétérosexuelle, un dépistage plus tardif que dans les autres groupes de transmission. Ainsi, 63 % des personnes dont la nationalité est celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne ne connaissaient pas leur séropositivité lors du diagnostic de sida contre 47 % sur l'ensemble des cas.

Cette situation épidémiologique s'inscrit dans un phénomène général dans plusieurs pays d'Europe ayant des liens historiques d'immigration (qui génèrent des flux migratoires réguliers pour des motifs économiques et politiques) avec certains pays à forte prévalence. Ainsi, parmi les cas hétérosexuels diagnostiqués en 2002-2003, 81 % des cas au Royaume-Uni, 71 % en Belgique, 65 % en Norvège concernent des personnes originaires de pays d'épidémie généralisée.

Aspects cliniques et conséquences
sur la prise en charge médicale

Manifestations cliniques

Il n'y a pas de pathologies spécifiques aux migrants, mais il est utile de garder en mémoire les conditions de vie et les expositions aux pathogènes potentiellement opportunistes pendant la période de vie passée dans le pays d'origine. Ainsi, la tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire est particulièrement fréquente (22 % comme première infection opportuniste contre 6 % dans la population générale), de même que la cryptococcose (particulièrement chez les patients originaires d'Afrique centrale, de l'Est ou d'Asie), les protozooses digestives opportunistes (isosporose, cryptosporidiose) ou la maladie de Kaposi.

Certaines comorbidités sont fréquentes et doivent être recherchées systématiquement : hépatite chronique (notamment B), parasitoses digestives (helminthiases, giardiose...), ou urinaires (schistosomiasis), hémoglobinopathies congénitales...

Aspects thérapeutiques et observance

Peu de données sont disponibles sur ce sujet, mais quelques pistes semblent émerger, à la réserve près qu'elles sont issues, pour beaucoup, d'études faites chez des Noirs Américains. Ainsi, sur le plan pharmacocinétique, la demi-vie de l'efavirenz semble plus longue chez les Africains que chez les sujets d'origine européenne (ACTG 5097) et il pourrait en être de même avec la névirapine (Viramune).⁶ Concernant la tolérance, la prévalence des troubles neuropsychiques sous efavirenz (Sustiva) n'est pas différente, et aucun facteur ethnique ne semble associé à la fréquence des rashs aux inhibiteurs non nucléosidiques (étude DMP 266-006). Plus solide, car démontrée par 5 études, l'hypersensibilité à l'abacavir (Ziagen) est moins fréquente chez les Africains.^{7,8} À l'inverse, des travaux plus anciens ont montré que si la tolérance à la zidovudine (Retrovir) était équivalente, l'hyperpigmentation cutanée ou des ongles était plus fréquente sur peau noire.⁹ Sous traitement antirétroviral, plusieurs travaux convergent vers un risque moindre de lipodystrophie et tout particulièrement de lipoatrophie, mais les durées de suivi sont souvent courtes.^{10,11} Les données sur l'observance sont rares et difficiles à interpréter, mais il ne semble pas y avoir dans les publications de différence sauf dans des situations de grande précarité.^{11,12} Ces données sur l'observance qui vont à l'encontre d'idées reçues volontiers véhiculées ont été confirmées par les résultats des études IPPOTHES 1999 et 2002. En termes de réponse au traitement, et même si ces résultats doivent

être confirmés, une étude récente a objectivé, en analyse multivariée (à observance égale évaluée par charge virale), une remontée moins importante des lymphocytes CD4 chez des Africains franciliens comparés à des Européens mais sans conséquences cliniques.¹¹

Retours au pays

Les retours au pays posent des problèmes spécifiques à plusieurs titres. Les conseils de prévention ont une importance toute particulière, d'autant plus si le déficit immunitaire est avéré, incluant pour l'essentiel la mise à jour des vaccinations usuelles (notamment contre le tétanos et la poliomyélite), la vaccination contre la fièvre jaune pour les séjours en Afrique sub-saharienne ou en région amazonienne (possible au-dessus de 200 lymphocytes CD4/mm³), la prévention antipalustre (modalités inchangées) ou la prescription, pour des séjours brefs (moins de 15 jours) si le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à de 200/mm³, d'un comprimé d'une quinolone pour limiter le risque d'entérite notamment à salmonelles mineures.

Il est capital de prévenir le patient de la nécessité de poursuivre le traitement antirétroviral (sauf à contourner la difficulté en programmant une suspension thérapeutique lorsque c'est possible) ou prophylactique, en anticipant d'éventuels écueils tels que les difficultés de prise devant la famille ou les proches (crainte de révélation du diagnostic), la rupture du traitement (perte et surtout prolongation du séjour au-delà de la durée prévue) posant d'ailleurs la question de la contrainte grandissante des limites posées par les caisses d'assurance maladie (pas de

Quelle est la place des consultations d'ethnomédecine ou d'ethnopsychiatrie dans la prise en charge des migrants infectés par le VIH ?

À côté des déterminismes socio-économiques, la dimension socioculturelle a, chez les migrants, une influence certaine dans l'acceptation du diagnostic et du suivi d'une maladie chronique aussi lourde de « sens » que l'infection par le VIH. Faut-il pour autant considérer que cette dimension justifie un recours large, voire systématique, à des consultations spécialisées « ethno-compétentes » ? Même si la question mérite d'être posée, la réponse est probablement « non » car, dans le cas inverse, elle nourrirait l'idée que le comportement des migrants face à leur maladie est principalement influencé par leur « spécificité » culturelle. C'est vraisemblablement faux pour deux raisons principales : les spécificités culturelles, attribut des sociétés « traditionnelles », sont finalement pour une grande part très universelles si l'on regarde, quelques générations en arrière, ce qu'étaient nos cultures européennes et la réaction profonde d'un individu (même composant d'une « communauté ») face à une menace de mort ou de déstructuration sociale ou affective doit être, elle aussi, très universelle. Dans

certaines situations, ces consultations « ethno-compétentes » sont pourtant d'un grand intérêt et les soignants qui ont pu en bénéficier en sont en général assez convaincus. Ainsi lorsque « l'alliance » bute sur un obstacle « insaisissable », une médiation « culturelle » contribue à éclairer la situation et amorcer un déblocage, non pas en mettant en œuvre des « gris-gris » bien exotiques mais en donnant au patient la possibilité d'exprimer sa détresse, ses doutes ou ses difficultés dans un registre qui lui est familier. De même lorsque ces difficultés s'expriment sur un mode « pathologique », une prise en charge ethnopsychiatrique a plus de chances de succès pour les mêmes raisons. Pour le reste, la seule « ouverture d'esprit » des soignants éclairée par une sensibilisation/formation aux différences culturelles qui représente probablement le champ d'action le plus utile des consultants ethno-compétents, reste l'outil le plus performant pour construire une alliance solide et efficace, en montrant au patient qu'on l'accepte tel qu'il est et non pas tel qu'on voudrait qu'il fût.

délivrance médicamenteuse de durée supérieure à 3 mois), la tentation de partage de son traitement avec l'enfant ou le conjoint resté au pays ou la gestion sur place d'un éventuel problème de santé (fournir des adresses de références fiables). Particulièrement pour les hommes, il faut aussi aborder le problème difficile de la protection de l'épouse ou des coépouses.

Inégalités d'accès aux droits et aux soins, précarité socio-économique et administrative

L'accès aux droits sociaux des migrants subit, depuis quelques années, des restrictions aggravées par des contraintes administratives souvent autopromues (et illégales comme la non-délivrance d'une autorisation transitoire de séjour de un an renouvelable « vie privée et familiale » avec permis de travail pour les étrangers résidant en France dont l'état médical ne peut être pris en charge dans le pays d'origine, ce qui est le cas de l'infection par le VIH) dans certains départements, rendant cette démarche difficile chez les patients peu francophones et ne connaissant pas le système ou fragilisés par un itinéraire éprouvant. Ces multiples obstacles peuvent conduire les patients à renoncer à faire valoir leurs droits, les amenant à disparaître pour réapparaître dans le système quelques mois ou années plus tard dans un état clinique souvent catastrophique.

Les difficultés socio-économiques parfois dramatiques de certains migrants, notamment ceux récemment arrivés, sont parfois pérennisées par des délais très longs pour l'obtention des aides et une grande disparité dans l'application de la loi qui, depuis 1998, permet une régularisation des patients en situation irrégulière avec une autorisation de travail très souvent retardée sans justification. Cette situation aboutit au paradoxe de patients autorisés à se soigner mais sans aucun moyen de subsistance, y compris pour les besoins les plus élémentaires (logement et nourriture). Pourtant, en dehors d'un accès à une activité professionnelle, des droits existent comme l'allocation de logement si un titre de séjour de plus de 3 mois est disponible ou l'allocation aux adultes handicapés pour les titulaires d'une carte de séjour d'un an.⁵

Difficultés et besoins particuliers

Au-delà des difficultés administratives, économiques de logement, voire d'alimentation, évoquées ci-dessus, les soignants doivent être conscients de difficultés passant facilement inaperçues si le temps accordé à la parole et à l'écoute n'est pas suffisant, notamment au début de la prise en charge qui est une période déterminante pour la réussite de l'alliance thérapeutique ultérieure. Ainsi, par exemple, l'illettrisme est souvent méconnu, expliquant la non-observance (parfois hâtivement cataloguée d'insouciance) aux consignes écrites en bas de l'ordonnance. De même la maîtrise du français, parfois apparemment suffi-

sante pour des contacts superficiels, trouve rapidement ses limites dès qu'on aborde des sujets complexes (à commencer par l'annonce du diagnostic) tels que la souffrance, la crainte de mourir, le désir de grossesse, le partage du secret avec le conjoint, etc. L'intervention d'un interprète, trop peu utilisée, devrait être considérée comme indispensable dans ces situations, et notamment dans les étapes clés du suivi des patients, ou en cas de difficulté identifiée. Les dispositifs professionnels tels que Inter Service Migrant* (interprétariat au téléphone immédiat – en règle générale très bien accepté par les migrants – ou sur place sur rendez-vous ; prestation gratuite en cas d'infection par le VIH ou d'hépatite) sont de loin préférables au recours à un soignant de la même communauté, le pire étant l'intervention d'un proche, en raison du souhait profond du respect de la confidentialité qu'il faut pouvoir garantir à tout prix aux patients. Le fréquent isolement affectif, voire social, en grande partie dû à la très grande difficulté éprouvée à parler de sa maladie à ses proches par crainte d'une stigmatisation et d'une mise à l'écart, réalité encore bien présente, doit également être perçue, car source de souffrance et de troubles psychologiques parfois sévères.

Il n'y a évidemment pas de réponse idéale à toutes ces difficultés et ces besoins. La seule prise de conscience de leur réalité est déjà un premier pas franchi, la capacité d'écoute et de temps disponible en est un autre. Les associations de patients, les personnes issues de la communauté, les médiateurs sont autant de recours contribuant à assurer une prise en charge sur le long terme.

ENJEUX SOCIOCULTURELS DANS LA PRISE EN CHARGE DES MIGRANTS

Entre « culturalisme » et « nihilisme »

Aborder la dimension culturelle dans la prise en charge des migrants fait prendre le risque d'être accusé de faire du « culturalisme » et de nier les déterminants socio-économiques qui jouent un rôle important, sinon prépondérant, dans le comportement des patients face à leur maladie et à l'observance thérapeutique. Nier cette dimension de la prise en charge d'un patient migrant risque de faire ignorer les phénomènes explicatifs souvent utiles au soignant (et donc au patient) pour essayer de lever les incompréhensions réciproques, et c'est aussi se priver de moyens efficaces de parfaire l'alliance thérapeutique, la tendance étant de considérer les « différences » culturelles comme un obstacle de principe, alors qu'elles peuvent se révéler au contraire de puissants alliés.

La spécificité culturelle est ainsi évoquée fréquemment dans les publications sur les migrants : la langue, les repré-

* Inter Service Migrant (ISM) : par téléphone dans toute la France (24 h/24, 7 j/7) : 01 53 26 52 62 ; par déplacement (Île-de-France seulement) : 01 53 26 52 52 ; www.ism-interpretariat.com

sentations de la maladie, de la mort, de la sexualité, liées aux références culturelles et religieuses, seraient autant de déterminants des attitudes, connaissances et comportements face aux événements de la vie, et donc face à l'infection par le VIH. Trop souvent, l'analyse culturelle devient exclusive et restrictive en l'absence de réflexion socio-économique globale. Énoncée souvent de manière uniforme, elle ne tient pas compte des richesses de savoir des individus et des groupes, ou tend à les nier. Les pratiques et représentations culturelles ne sont ainsi souvent pensées qu'en ce qu'elles seraient un obstacle, un frein majeur à l'accès au discours moderne occidental, à la connaissance scientifique et médicale. Introduisant une dichotomie entre « cultures modernes » et « cultures traditionnelles », ces discours structuralistes tendent à caractériser ces dernières par leur irrationalité et leur archaïsme. Ces interprétations culturalistes sont souvent utilisées de façon diffuse comme catégorie d'interprétation centrale des problèmes sociaux, quand les analyses socio-économiques plus classiques semblent ne plus être significatives. Pourtant, de multiples indicateurs montrent que les immigrants, primo-arrivants et générations suivantes, sont dans une situation sociale et économique plus difficile que les Français de souche. Ils ont souvent moins de diplômes, de qualifications, de revenus et sont plus cantonnés dans des secteurs moins productifs de l'économie. C'est une population exposée à la précarité et à l'exclusion.

À l'inverse, connaître quelques éléments des structures sociales « traditionnelles » ou des représentations de la maladie, sans que le soignant ait pour autant besoin de devenir anthropologue, permet de mieux comprendre certaines réactions déroutantes souvent sources de conflit, parfois même à l'origine de rupture d'alliance avec un patient qui perd confiance dans le système de soin. Ainsi, par exemple, connaître la puissance de la représentation symbolique du sang, support de l'énergie vitale, de « l'âme vitale », permet de mieux appréhender le refus de la prise de sang à la phase aiguë de la maladie, ou savoir que chez les musulmans le moment de mourir (par essence de responsabilité divine) « ne s'annonce pas » peut permettre de mieux gérer une fin de vie. De même, savoir que des « contre-indications » à la pratique du ramadan (notamment la maladie) sont prévues dans le Coran ou que certaines choses « ne peuvent pas se dire » directement au sein d'un couple (mais via un intermédiaire pas toujours disponible en France), permet de mieux argumenter l'importance de la continuité des traitements ou de mieux comprendre (ce qui ne veut pas dire renoncer à convaincre) le non-partage du diagnostic au sein d'un couple. S'interroger sur le principe de la double causalité d'une maladie (loin d'être absent dans nos cultures européennes !) permet, à côté de la prise en charge par la médecine « biologique » de la cause « naturelle » (VIH, bacille de Koch, ...), d'accepter la complémentarité d'une deuxième référence thérapeutique (sans pour autant mélanger les rôles) pour

POUR LA PRATIQUE

- ➔ Les migrants représentent une part croissante de la population infectée par le VIH vivant en France.
- ➔ Il n'y a pas de manifestations cliniques spécifiques des migrants, mais certaines, comme la tuberculose, sont plus fréquentes.
- ➔ Les retours au pays pour les vacances doivent être préparés avec soin, notamment pour s'assurer des conditions d'une prise régulière des traitements.
- ➔ Plus que l'observance qui apparaît comparable aux autres patients, ce sont les difficultés socio-économiques aggravées par des entraves administratives souvent illégales et un fréquent isolement social et affectif qui caractérisent les patients migrants.
- ➔ Plus que les différences culturelles qu'il faut cependant savoir accepter et respecter et qui peuvent se révéler au contraire de puissants alliés thérapeutiques, ce sont les difficultés psychosociales et économiques ainsi que la barrière linguistique (intérêt d'un interprétariat professionnel) qui doivent être explorées en cas de mauvais résultats thérapeutiques.
- ➔ Les pratiques de soin doivent laisser plus de place au travail multidisciplinaire afin de tendre vers une prise en charge « globale ». Les médiateurs en santé, acteurs nouveaux issus de la communauté, doivent permettre d'établir au mieux le lien entre soignants et soignés.

prendre en compte la cause « surnaturelle » (rôle des esprits, des jnouns, des ancêtres, du sort jeté...).

Lorsque le pont entre ces deux références thérapeutiques est difficile à établir du fait d'un conflit entre les deux, ou d'une hésitation d'un côté ou de l'autre à faire confiance à l'une d'entre elles, lorsqu'une incompréhension ou des doutes polluent l'alliance thérapeutique, ou, pourquoi pas à titre systématique pour renforcer la confiance mutuelle ou tendre à une prise en charge « globale », l'intervention d'un médiateur de santé peut être un outil très efficace. Les intervenants non médicaux multidisciplinaires (consultation d'observance p. ex.) pourraient devenir des acteurs essentiels du suivi des affections chroniques.

Une expérience innovante : la médiation en santé publique

Des expériences innovantes dans l'accueil et la prise en charge des migrants/étrangers se structurent actuellement autour de la médiation en santé publique. Outre les migrants/étrangers, elle concerne aussi d'autres populations, souvent exclues de la prévention et des soins. Elle établit un lien entre les personnes et les services soignants (en favorisant le dépistage, en amenant les personnes en consultation, en informant les patients, en soutenant la

pérennité de la prise des traitements), mais ne se limite pas à cette fonction de relais. Elle peut faciliter la relation et permettre de résoudre blocages ou conflits entre « soignants » et « soignés ». Elle s'inscrit également dans une dynamique de questionnements des pratiques d'accueil et de prise en charge des personnes, pas seulement pour révéler et discuter des dysfonctionnements, mais aussi pour faire des propositions. Elle permet de mieux coordonner des actions de prévention et de prise en charge, notamment quand les médiateurs de santé participent à part entière à certaines réunions du personnel soignant et des travailleurs sociaux, afin de mieux articuler leurs interventions. Elle permet aussi d'aborder certaines questions souvent cruciales pour le patient mais qui, du fait d'une part, d'un manque de temps ou d'un défaut de sensibilisation de la part des médecins et, d'autre part, de leur caractère non strictement médical et parfois très intime, sont rarement abordées (souffrance morale, sexualité, relations dans le couple ou avec les partenaires, désir d'enfant, crainte de la rupture de la confidentialité dans le lieu de vie ou de travail, difficultés rencontrées à l'occasion du retour au pays, crainte pour la santé du conjoint resté « là-bas », etc.).

CONCLUSION

Notre propos manquerait son objectif si le lecteur en déduisait que la prise en charge des migrants infectés par le VIH relève du spécialiste. Au-delà des évidences épidémiologiques, il s'agit d'inciter les soignants à approfondir la relation avec les migrants par une meilleure compréhension des motivations de la migration, du parcours migratoire (réseaux, support familial ou communautaire...), et des éventuelles difficultés (situation administrative et financière, logement, analphabétisme, isolement...). Il convient aussi de manifester notre propre engagement et notre intérêt envers une autre culture. Le respect de la confidentialité, obsession quasi constante des migrants, est essentiel. Il est une condition *sine qua non* à l'instauration d'une relation de confiance, gage majeur du succès thérapeutique.⁵

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUMMARY Giving care to immigrants living with HIV-AIDS in France: specificities and new approaches

Representing 32% of the new infections, immigrants living in France appear as a target population for prevention. Care-givers have to adapt their practice in taking into account their specificities which are not restricted to cultural differences but include socio-economic determinants playing a major role. In addition to trainings on the foreigners rights and socio-cultural basic knowledge, care-givers (especially clinicians) have to give more time (especially at the beginning of the relationship) and to accept sharing the "medical power" with other people having the possibility of taking into account the other aspects of the patients' life in addition to the medical one. As in other chronic diseases, mediation is one of the tools available, and we could imagine the benefit of such an intervention for any patient. Assuming the fact there is no evidence for any difference regarding compliance between migrants and the other patients, this is probably the price to pay to insure therapeutic success.

Rev Prat 2006; 56 : 1005-10

RÉSUMÉ Particularités de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France

Avec 32 % de nouvelles infections par le VIH, les migrants représentent une population cible pour la prévention. En aval, une adaptation des pratiques des soignants est souhaitable pour améliorer leur prise en charge de façon à prendre en compte leurs spécificités (ce qui devrait être une règle générale) qui ne se limitent pas à des différences culturelles mais qui intègrent des déterminants socio-économiques. Cette adaptation des pratiques, au-delà d'une formation sur les droits des étrangers et sur des notions de base socioculturelles, doit passer par une plus grande disponibilité des soignants et par une acceptation du « partage du pouvoir » en renforçant la relation médecin-malade, trop souvent exclusive, par d'autres intervenants prenant mieux en compte d'autres aspects de la vie des patients que la relation thérapeutique. Ainsi, la médiation semble être un outil très important, comme pour toute maladie chronique, dont on pourrait imaginer sans peine, sous des formes différentes, l'intérêt pour tous les patients. Le succès thérapeutique à long terme est probablement à ce prix, l'observance des patients migrants n'apparaissant pas différente de celle des autres patients.

RÉFÉRENCES

1. Fassin D. Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux. In Sida, immigration et inégalités. Paris : Collection Sciences sociales et sida, ANRS, 2002.
2. URACA. www.uraca.org
3. INSEE. Les Immigrés en France. Paris : Série Contours et Caractères, 1997.
4. Institut de veille sanitaire. Infection à VIH-sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique. BEH 2005;46-47:229-32.
5. Recommandation du groupe d'experts. Migrants/Étrangers et VIH. Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. J.F. Delfraissy. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2002:309-25.
6. de Maat MM, Huitema AD, Mulder JW, Meenhorst PL, van Gorp EC, Beijnen JH. Population pharmacokinetics of nevirapine in an unselected cohort of HIV-1-infected individuals. Br J Clin Pharmacol 2002;54:378-85.
7. Symonds W, Cutrell A, Edwards M, et al. Risk factor analysis of hypersensitivity reactions to abacavir. Clin Ther 2002;24:565-73.
8. Cutrell AG, Hernandez JE, Fleming JW, et al. Updated clinical risk factor analysis of suspected hypersensitivity reactions to abacavir. Ann Pharmacother 2004;38:2171-2.
9. Don PC, Fusco F, Fried P, et al. Nail dyschromia associated with zidovudine. Ann Intern Med 1990;112:145-6.
10. Lichtenstein KA, Delaney KM, Armon C, et al. HIV Outpatient Study Investigators. Incidence of and risk factors for lipoatrophy (abnormal fat loss) in ambulatory HIV-1-infected patients. J Acquir Immune Defic Syndr 2003;32:48-56.
11. Gros H, Briand V, Fontanet A, Bouchaud O. Différences d'évolution immunovirologique sous traitement antirétroviral entre européens et migrants africains vivant en France. Journées nationales d'inféctiologie 2005;abstract E08.
12. Ferguson TF, Stewart KE, Funkhouser E, Tolson J, Westfall AO, Saag MS. Patient-perceived barriers to antiretroviral adherence: associations with race. AIDS Care 2002;14:607-17.